*Заявление об участии в программе ДМС*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ректору РГПУ им. А. И. Герцена  Богданову С. И.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Должность)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Фамилия, имя, отчество)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон контактный |

**заявление.**

Прошу перечислить в ООО «Страховая Компания «Капитал-Полис» сумму страховой премии, указанную в пункте 2.1 договора от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020  г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Прошу удержать из моей заработной платы сумму в размере 21 900 (двадцать одну тысячу девятьсот) рублей единовременно в качестве платежа по вышеуказанному договору добровольного медицинского страхования.

«11» января 2020 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись) (И. О. Фамилия)